Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

GEORG HEID

prakt. Arzt in Münster i. E.

Münster i. E.
Buchdruckerei J. Beck.
1907.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Straßburg.

Referent: **Prof. Dr. Fehling.**

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Georg Heid, wurde am 29. August 1879 zu Münster, Kreis Colmar, Bezirk Ob.-Els., geboren. Von Ostern 1893 ab besuchte er das Gymnasium zu Colmar i. E., das er nach 5 1/2 jährigem Besuch mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Im Herbst 1898 bezog derselbe die Universität zu Straßburg für 4 Semester und hörte bei den Herren:

Schwalbe, Pfitzner, Ewald, Brau, Fittich, Goette, und legte die ärztliche Vorprüfung ab.

Im Winter 1900/01 bezog derselbe die Universität Berlin und hörte die Herren:

Rosin, Leseer, Gusserow, v. Bergmann.

Der Aufenthalt in Berlin dauerte 1 Semester. Der Rest der Studienzeit wurde in Straßburg verbracht.

Hier besuchte er Vorlesungen und Kurse bei den Herren:

Laqueur, v. Recklinghausen, Schmiedeberg, Naunyn, Fürstner, Freund, Bayer, Fehling, Forster, Madelung, Wolff, Manassé, Siegert.

Am 20. Juli 1903 wurde Verfasser approbiert.

Darauf war derselbe ein Jahr Assistenzarzt im Bürgerspital zu Mülhausen i. E., hernach diente er sein zweites Halbjahr als einj. freiw. Arzt zu Straßburg; dann war er etwas über ein Jahr Assistenzarzt an der chirurgischen Abteilung II des Bürgerspitals zu Straßburg.

Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft.

Das Zusammentreffen von Gebärmutterkrebs mit Schwangerschaft ist im allgemeinen ziemlich selten, jedoch nicht so selten, wie man früher angenommen hatte: v. Winkel (München) berichtet unter 20 000 Geburten über 10, Stratz (Berlin) unter 17 832 Geburten über 5, Glockner (Leipzig) unter 26 000 Geburten über 17, Sarwey (Tübingen) unter 5000 Geburten über 7 Fälle von Uteruscarcinom nit Schwangerschaft kompliziert. Hier in Straßburg sind n den letzten 4 ½ Jahren unter 5030 Geburten 5 mit Carcinom kompliziert gewesen.

Die relative Seltenheit der Komplikation erklärt sich us dem Umstande, daß Carcinom vorwiegend das höhere ebensalter heimsucht, also eine Zeit, in der die Frauen ntweder schon im Klimakterium stehen oder doch schon as Maximum der Konceptionsfähigkeit überschritten aben. Außerdem ist es möglich, daß metritische und ndometritische Prozesse des Corpus uteri, die in den eisten Fällen das Collumcarcinom begleiten, die Entickluug des befruchteten Eies verhindern.

Was den Sitz des Carcinoms anbetrifft, so haben wir s in allen Fällen mit Collumcarcinom zu tun, niemals it Corpuscarcinom. Ausgangspunkt ist am häufigsten

(60 % der Fälle) die Portio vaginalis, etwas seltener die Cervise.

Ob nun das Carcinom vor der Konception schon bestanden hat oder erst nachher sich gebildet hat, ist in den meisten Fällen nicht zu entscheiden. Eben beginnende und ganz umschriebene Wucherungen brauchen sich überhaupt nicht bemerklich zu machen. v. Franqué [1]) berichtet darüber an der Hand von zwei Fällen. Im ersten Falle war es eine Patientin, bei der man 3 Wochen post partum zufällig ein taubeneigroßes Portiokomkroid entdeckte, das während der Schwangerschaft und auch während der Geburt keine besonderen Erscheinungen hervorgerufen hatte. In dem zweiten Falle, wo man 7 Wochen post partum ein mittelgroßes Blumenkohlgewächs der vorderen Lippe fand, hatte es bei der Geburt stärker geblutet und es war deshalb und vielleicht auch, weil die Carcinommasse für Plazentargewebe gehalten worden war, die Diagnose auf Placenta praevia gestellt worden. Die Geburt erfolgte spontan, und die Patientin hatte erst vom 12. Wochenbettstage an wieder Blutungen.

Meistens sind es Mehrgebärende, die mit der Komplikation behaftet sind. Das erklärt sich vielleicht daher, daß Mehrgebärende durchschnittlich in einem höheren Alter stehen wie Erstgebärende und daher dem Praedilektionsalter für Carcinom näher sind, vielleicht auch daher, daß die durch die früheren Geburten an Cervix und Portio entstandenen Veränderungen einen günstigeren Boden für die Entwicklung des Carcinoms bilden; Olshausen erwähnt einen einzigen Fall von Carcinom mit Schwangerschaft bei einer 36jährigen Erstgebärenden.

[1]) Prag. med. Wochenschrift XXX, N° 1.

In vorgeschrittenen Fällen ist die Diagnose von Carcinom mit gleichzeitig bestehender Schwangerschaft nicht schwierig. Das ganze Gewebe ist durch die erheblich gesteigerte Blutzufuhr gelockert und fühlt sich weicher an, so daß Carcinomknoten sich schroff von demselben abheben. Schwieriger ist die Erkennung des Carcinoms natürlich in seinem Anfangsstadium, wo eine kleine Infiltration leicht übersehen werden kann. Dasselbe gilt für die Erkennung der Schwangerschaft in den ersten Monaten bei gleichzeitig bestehendem Carcinom; haben doch einzelne Autoren, wie Pozzi, behauptet, die Erkennung der Schwangerschaft bei gleichzeitigem Carcinom sei unmöglich. Der Grund dafür liegt wohl darin, daß die durch das Carcinom bedingten Blutungen bei den meisten Frauen den Gedanken an das Eintreten der Periode erwecken, oder auch, da es sich meistens um ältere Mehrgebärende handelt, schon an das Eintreten der Menopause. Andrerseits erleidet das corpus uteri bei bestehendem Collumcarcinom metritische und endrometritische Prozesse, die eine Vergrößerung und Verhärtung des Uterus zur Folge haben, sodaß eines der Hauptzeichen der beginnenden Schwangerschaft, die Weichheit des Uterus, in diesem Falle wegfällt.

Der Einfluß des Carcinoms auf Schwangerschaft und Geburt ist natürlich ganz abhängig von der Ausdehnung desselben und daher sehr verschieden. Früher wurde allgemein nach dem Vorgange von Kiwisch angenommen, Carcinom bei gleichzeitiger Schwangerschaft bedinge immer Abort oder Frühgeburt, bis Cohnheim auf Grund umfassender Statistiken feststellte, daß selbst bei weiter vorgeschrittenem Carcinom die Schwangerschaft in den

meisten Fällen an ihr normales Ende gelange und daß nur in ungefähr 30 % der Fälle Abort oder Frühgeburt eintrete.

Immerhin muß der Einfluß als ein äußerst verderblicher bezeichnet werden, denn er wirkt nach 2 Richtungen hin, erstens auf das Allgemeinempfinden, dadurch, daß das Carcinom durch die häufig auftretenden Blutungen hochgradige Anämie hervorruft und dadurch zum exitus führen kann, oder daß die Veränderungen am collum und die sekundären, Metritis, Endometritis und als Folge davon placenta praevia, am corpus uteri so hochgradig geworden sind, daß sie ein unüberwindliches Geburtshindernis bilden[1]). Die Fälle von 1873-93 — 94 an der Zahl — sammelte Theilhaber (Arch. f. G. Bd. 47, 1894); er enthielt 40,4 % mütterliche, 38,3 % kindliche Mortalität.

Bis 1899 kommen nach Sarwey's Zusammenstellung in Veits Handbuch der Gynäkologie 30 Fälle hinzu mit 23,3 % mütterlicher und 33 % kindlicher Mortalität. Die jüngste Statistik von Orthmann umfaßt 29 Fälle mit 17 % mütterlicher und 16,6 % kindlicher Mortalität; dies sind ausschließlich operierte Fälle; es ist also eine wenn auch kleine, aber doch merkliche Besserung zu konstatieren.

Ebenso verderblich wie der Einfluß des Carcinoms auf die Schwangerschaft ist umgekehrt der der Schwangerschaft auf das Carcinom. Dem ganzen Genitalapparat wird während der Schwangerschaft eine beträchtlich höhere Menge Blut zugeführt: die ihn umgebenden Gewebe sind infolge der reichlichen Durchtränkung weich und locker und setzen daher dem weiteren Umsichgreifen

[1]) Zitiert nach v. Franqué, Prag. med. Wochenschrift 1905, N° 1.

des Carcinoms einen viel geringeren Widerstand entgegen, wie normales Gewebe. So kommt es, daß das Carcinom sehr rasche Fortschritte macht und daß Fälle, die heute noch zu den operablen gerechnet werden können, in auffallend kurzer Zeit inoperabel werden. Zweifel markierte in einem Falle die Grenze zwischen gesundem und krankem Gewebe mittelst einer durchgezogenen Fadenschlinge und konnte schon nach 14 Tagen ein Weiterschreiten des Prozesses um 2 Querfingerbreiten konstatieren.

Aus der Erwägung allein, welche ungeheuren Fortschritte das Carcinom während der Schwangerschaft macht, ist der Weg, den man bei der Behandlung eines solchen Falles einzuschlagen hat, von vornherein angegeben; es ist die sofortige Operation, wo sie noch Aussicht auf Erfolg hat.

Diese Therapie ist auch an den in der Straßburger Klinik vorgekommenen Fällen befolgt worden. Ihre Krankengeschichten lassen wir im Auszug folgen.

Fall I. (Februar 1902). Patientin, 33 Jahre alt, VI para, 2 Aborte, letzte Geburt 1898. Letzte Regel Anfang Juni 1901. Während der ganzen Schwangerschaft Schmerzen, die ins Kreuz ausstrahlten; seit dem 2. Graviditätsmonat alle 2—3 Wochen mäßige Blutungen, namentlich post coitum. Die Poliklinik wurde wegen Placenta praevia gerufen. Die Untersuchung ergab: Fundus 2 F. unter Rippenbogen, Graviditätsmens. IX., II Sch. L., Kind lebte, Scheide weit. Portio groß, stark gewulstet und zerklüftet, blutet und bröckelt bei der Untersuchung. Mund und Cavix für 2 F. durchgängig. Diagnose: Gravidität mens. IX, beginnende Geburt, Portiocarcinom. Transport in die Klinik, sehr schlechte Wehen; am anderen Tage status

idem, deshalb Operation: Sectio Caesarea, Kind lebt, 46 cm lang, 2070 gr. schwer. — Porro mit Schlauch und Schluß der Cervix durch einige Seidennähte. — Vaginale Entfernung der Cervix und der Portio, nachdem vorher das zerfallene Carcinom abgeschabt und verschorft worden war, Drainage. Verlauf vollständig normal: Mutter und Kind gesund entlassen.

Fall II. (November 1903). Patientin, 37 J. alt, VIII para; letzte Geburt vor 2 Jahren. Letzte Regel Ende März 1903. Blutung im 3. Monat, in der Folgezeit mehrmals kleine Blutungen. Seit 14 Tagen kontinuierlicher geringer Blutabgang, Wehen beginnen am 27. November 1903 unter gleichzeitigem Wasserabgang. Wegen Carcinom der hinteren Lippe der Klinik überwiesen. Untersuchung: Obesitas maxima, Umfang des Abdomen 140 cm. Starker Hängebauch. Gravidität im IX. Monate. I. Steißlage; Kind lebt. Cervix nicht verstrichen, vordere Lippe steht sehr hoch, hintere Lippe 3 cm lang, höckerig, hart, blutet bei Berührung.

Im Spiegel sieht man ein circumskriptes 5 Mark-Stück großes Ulcus der hinteren Lippe. Innerer Mund für 2 F. durchgängig, Steiß liegt vor. Wehen sehr gering; in der darauffolgenden Nacht nur geringe Wehen; deshalb Operation beschlossen, und wegen der kolossalen obesitas der vaginale Kaiserschnitt.

29. November 1903, Operation: Abschaben und Verschorfung des carcinomatösen Geschwüres (Operateur und Assistent mit Gummi-Handschuhen), Umschneidung der Portio, hierbei ziemlich starke Blutung, die aber gut zu stillen ist; Heraufpräparieren der Blase, was sehr leicht gelingt; stumpfes Hinaufschieben des Peritonnum, ohne

es zu eröffnen. Hierauf Spaltung der vorderen Cervix-Uteruswand unter Klettern mit Faßzangen, Blutung aus der Schnittfläche des Uterus, solange Zug nach abwärts ist, gering. Extraktion des in Steißlage liegenden Kindes, manuelle Placentarlösung von einem bei der Operation nicht beteiligten Assistenten; Zusammenhalten der Uterus-schnittfläche mit Faßzangen, Eröffnung des Douglas, Abbinden der Douglasfalten und der Parametrien beiderseits, was bei der Dehnbarkeit der Ligamente sehr leicht ist. Stürzen des sehr großen Uterus vom Douglas aus, Abklemmen der Ligamente, Abtragen des Uterus, Versorgung der Ligamente, Drainage. Kind lebt, 48 cm lang, 2700 gr schwer. Dauer der ganzen Operation $^5/_4$ Std.; vom Beginn der Umschneidung bis zur Abtragung des Uterus $^1/_2$ Std. Verlauf vollständig normal; Entlassung am 25. Tage, Kind lebt, Befinden der Operierten Dezember 1906 sehr gut.

Fall III. (Januar 1906). Patientin, 35 J. alt, IV. para. Periode immer regelrecht, seit Juni ausgesetzt; vor 14 Tagen in den letzten Tagen wässeriger Ausfluß. Klagt z. Z. über Schmerzen in der linken Seite. Untersuchung ergab: Uterus 4 F. unterhalb des Nabels, stark vergrößert, hart, etwas beweglich. Die Portio, namentlich die hintere Lippe, trägt ein zerfallenes, leicht blutendes, carcinomatöses Blumenkohl; nach rechts zu ist die Portio stärker zerfallen. Parametrien sind nach rechtshin bis zum Beckenrand infiltriert, nach linkshin weniger. Diagnose: Graviditas mens. III—IV. Blumenkohl der Portio, nicht operabel. Operation: Abschaben der Carcinompilze, Tamponade. Am 27. I. morgens und in der Nacht ziemlich starke Blutung. Abgang eines mumifizierten Foetus, der ganz

platt gedrückt war. 2 Stunden später Abgang der Placenta mit subchorialem Hämatom. Die untere Fläche ist ganz weiß, hart, z. T. organisiert. Eihäute fehlen. Verlauf sonst normal. Am 1. II. 06 Ätzung mit rauchender Schwefelsäure. Am 3. II. Entlassung; Ätzschorf z. T. abgefallen.

Fall IV. (Oktober 1906). Patientin, 28 J. alt, IV para. Seit 2 Monaten andauernd geringe Blutungen zwischen den einzelnen Perioden, besonders nach dem Coitus; keine Schmerzen im Leib, kein Erbrechen. Stuhlgang und Wasserlassen in Ordnung. Untersuchung: Blasse, magere Person. Die Vaginalportion klafft durch ein großes bis auf die rechte seitliche und hintere Scheidewand übergreifendes Carcinom. Geschwür verunstaltet, blutet auf Untersuchung. Der Uterus ist vergrößert, bis 2 F. unterhalb des Nabels in Anteflexion; er ist z. T. noch beweglich, soweit er nicht im rechten Parametrium fixiert ist. Die Parametrien und der Douglas sind auf Druck etwas resistent. Diagnose: Graviditas mens. V; Blumenkohl der Portio, operabel. Operation: vaginale Totalextirpation des Uterus und der Adnexe. Nach vorheriger Abschabung und Formalinisierung wird die Portio umschnitten und die Blase abpräpariert; sie läßt sich gut zurückschieben. Eröffnung des Douglas, Unterbindung der Douglasfalten, nachdem das Peritoneum an der Scheide fixiert ist. Unterbindung beider Uterinae. Eröffnung des vorderen Peritoneum. Ein Versuch, den Uterus uneröffnet vorzuziehen, scheitert, daher Spaltung der vorderen Uteruswand. Die Fruchtblase springt von selber. Unter langsamer Entleerung des Uterus und bei fortgesetzter Spaltung seiner Vorderwand kommt er vor die Scheide. Abklemmen beider ligam. lata; Abtrennen des

Uterus. Die Klemmen werden jederseits höher gesetzt, sodaß das lig. infundibulopelvicum versorgt werden kann. Annähen der Stümpfe an die Scheide; Schluß des Peritoneum bis auf eine kleine Öffnung, durch die mit 2 Jodoformgazestreifen die Bauchhöhle drainiert wird. 1 vaginaler Tampon. Der Verlauf wird durch eine leichte Thrombophlebitis der rechten Schenkelvene kompliziert, die Heilung geht sonst glatt von statten.

Was das spätere Schicksal der Patientinnen anbelangt, so interessieren uns nur die 2 ersten, da die Dritte, inoperable, selbstverständlich verloren war. Fall I und Fall II leben noch ohne Recidiv; wenn wir bedenken, daß bei Fall I beinahe 5, bei Fall II etwas über 3 Jahre seit der Operation verflossen sind, so müssen wir dieses Resultat als ein glänzendes bezeichnen.

Von unseren 4 Fällen waren also 3 operabel, 1 inoperabel. Die Tatsache, ob das Carcinom noch operabel ist oder nicht, spielt naturgemäß in der Behandlung desselben eine große Rolle. Bei operablem Carcinom wird selbstverständlich das Interesse der Mutter in den Vordergrund gestellt werden müssen, während bei inoperablem Carcinom, wo die Kranke ja doch rettungslos verloren ist, die Erhaltung des kindlichen Lebens in den Vordergrund tritt. In unserem Falle (Fall III) war zwar die Frucht bereits abgestorben und die Entbindung hätte, wäre die Geburt nicht spontan abgelaufen, auf irgend eine Art und Weise künstlich bewerkstelligt werden müssen. Sonst muß im Interesse der Frucht ein expektatives Verhalten mit rein symptomatischer Behandlung eingeschlagen werden, und zwar wird die Behandlnng eine allgemeine und eine lokale sein. Gegen die Blutungen

und die Verjauchung des Carcinoms sind desinfizierende und desodorisierende Scheidenausspülungen am Platze, mit Formalin z. B. Größere Eingriffe, wie Exkochleation, Kauterisation u. s. w. sind möglichst zu vermeiden, da dadurch die Gefahr, die Schwangerschaft zu unterbrechen, steigt. Das Allgemeinbefinden der Mutter ist durch kräftige Diät zu stärken, damit die Schwangerschaft möglichst bis an ihr normales Ende kommt und die Mutter den Gefahren der Geburt gegenüber resistenzfähiger wird.

Auch während der Geburt wird man sich zunächst expektativ verhalten, da es nicht ausgeschlossen ist, daß sie selbst bei weiter vorgeschrittenem Carcinom bei guter Wehentätigkeit spontan vor sich geht; doch darf man nicht zu lange warten, denn die Gefahr einer Uterusruptur ist infolge der Veränderungen, die die Uterusmuskulatur durch das Carcinom erlitten hat, sehr groß. In der Mehrzahl der Fälle wird es jedoch zur Operation kommen, und da kommt dann der abdominelle Kaiserschnitt in Frage, da diese Operation für das Kind am meisten Aussichten bietet und andrerseits die Mutter weniger in Gefahr bringt und mehr schont als eine gewaltsame Entbindung. Viele empfehlen prinzipiell den abdominellen Kaiserschnitt mit Ausräumung der Drüsen.

Ist das Kind durch den Kaiserschnitt entwickelt, so rät Fehling [1]) beim inoperablen Carcinom zur Abtragung des Corpus uteri nach Porro mit folgender extraperitonnalen Stilbehandlung nach Hegar; dadurch wird die Gefahr von Verschleppung von Carcinomkeimen äußerst gering.

Die operative Therapie des mit Schwangerschaf

[1]) Münchener med. Wochenschrift 1897, Nr. 47.

komplizierten Carcinoms hat lange Zeit gebraucht, um sich Bahn zu brechen. Man beschränkte sich auf rein geburtshilfliche Maßnahmen, wie Einleitung des künstlichen Aborts oder der künstlichen Frühgeburt. Später, als man einsah, daß durch diese Eingriffe nur wenig gewonnen wurde, und man der Weiterentwicklung des Carcinoms doch machtlos gegenüberstand, trat das Interesse des kindlichen Lebens in den Vordergrund und die Therapie bemühte sich, die Schwangerschaft möglichst nahe ihrem normalen Ende zu bringen, um eine lebende Frucht zu erzielen. Die Therapie während der Schwangerschaft wurde eine rein symptomatische und nur während der Geburt wurde operativ vorgegangen. Diesen Standpunkt vertreten heutzutage noch, im Gegensatz zu allen anderen, die französischen Autoren[1]; Pinard, Varnier, Champetier de Pribes erklärten noch 1905 (Diskussion in der geb. Ges. zu Paris, Annales de Gyn. et d'obst., April 1901), jede Schwangere mit Carcinom sei unrettbar verloren und die Behandlung habe daher nur auf das Kind Rüchsicht zu nehmen. Dieser Ansicht braucht man nur die Statistiken von Heuse und Gloekner gegenüberzustellen, um gleich deren Verkehrtheit zahlenmäßig zu beweisen.

Heuse (Zeitschrift für G. u. G. Bd. 4—6, 1901) fand aus der Literatur nach Entfernung des schwangeren kreissenden oder frischentbundenen karzinomatösen Uterus 24 % Dauerheilung über 5 Jahre, gegenüber 30 % ohne die Komplikation, Gloekner in den gleichen Gruppen des Leipziger Materials 25 bis sogar 36,2 %. Vergleichen wir damit eine Statistik aus einer Zeit, in der noch nicht einheitlich therapeutisch vorgegangen wurde, so sind da

[1]) Zitiert nach v. Franqué (Prag. med. Wochenschrift 1903, 1).

von 603 gebärenden Frauen mit Uteruscarcinom 261 = 43,3 % während oder bald nach der Geburt gestorben.

Kommen wir auf unsere Fälle zurück, bei denen das Carcinom das umliegende Zellgewebe noch nicht in Mitleidenschaft gezogen hatte, also noch operabel war; es sind dies Fall I, II und IV.

Bei den ersten 2 Fällen handelte es sich um Schwangerschaft in der letzten Zeit oder schon um beginnende Geburt, im Fall IV war die Schwangerschaft nur bis Mitte des fünften Monats vorgeschritten.

In den 2 ersten Fällen, wo die Früchte lebten und lebensfähig waren, mußte eine Methode eingeschlagen werden, die ein lebendes Kind erzielen ließ und zugleich die Mutter von ihrem Übel radikal befreite. In dem ersten Falle wurde dem abdomino-vaginalen Verfahren der Vorzug gegeben: zuerst der klassische Kaiserschnitt und dann nach Zweifel-Fehling [1]) die supravaginale Amputation des Uterus mit nachträglicher Entfernung des Collum von der Scheide aus. In Fall II wurde wegen allzugroßer Obesitas von dieser Methode Abstand genommen und die Methode gewählt, die Dührssen [2]) für den 5—7ten Monat der Gravidität angegeben hat: Mediane Spaltung der vorderen Uteruswand, nachdem die Blase abpräpariert und hinaufgeschoben worden ist. Extraktion des Kindes durch den so eröffneten Uterus und Entfernung der Placenta; der entleerte und verkleinerte Uterus wird sofort nachher durch vaginale Totalexstirpation entfernt.

Im Fall IV, wo die Rücksicht auf die Frucht voll-

[1]) Centralblatt für Gyn. 1889, N° 12. Monatsschrift für G. u. G. B. II.
[2]) Der vaginale Kaiserschnitt 1896.

ständig in den Hintergrund trat, wurde die vaginale Totalexstirpation vorgenommen, die nach Sarwey [1]) die besten primären und Dauerresultate gibt. Es sind hier 29 Fälle von vaginalen Totalexstirpationen zusammengestellt in den 1—4 Monaten der Gravidität mit 0 % primärer Mortalität und 14 % Dauerheilungen. In unserem Falle konnte sie jedoch wegen der Größe des Uterus nicht ausgeführt werden, und so mußte die vordere Uteruswand gespalten werden, um das Ei zu entfernen.

Im Fall II und IV wurde, um die Prognose für die Mutter noch günstiger zu gestalten, vor der eigentlichen Operation die Abtragung der zerfallenen Carcinommassen vorgenommen. Von Franqué [2]) giebt einen Fall an, bei dem infolge vorheriger Auslöffelung und Ausbrennung des Carcinoms eine ungemein starke Blutung auftrat, deren er nicht Herr werden konnte, sodaß Mutter und Kind daran zu Grunde gingen. In diesem Falle handelte es sich jedoch um ein inoperables Carcinom mit weitgehendem Gewebszerfalle, bei dem es sich leicht denken läßt, daß durch intensivere Ausschabungen größere Venenlumina eröffnet werden können. Die Warnung vor vorhergehender Ausschabung wird jedenfalls nur für die Fälle gelten, wo ausschließlich auf die Erhaltung des kindlichen Lebens Rücksicht genommen werden muß. Bei operablen Fällen, wo man die Mutter möglichst vor septischer Peritonitis schützen will, wird eine vorherige Ausschabung und Ausbrennung des Carcinoms immer am Platze sein.

Was die Therapie des operablen Carcinoms im großen und ganzen anbelangt, so muß die Erwägung hauptsächlich

[1]) Carcinom und Schwangerschaft in Veit's Handbuch III. 2. 1899.
[2]) Prag. med. Wochenschrift Nr. 4, 1905.

in Betracht gezogen werden, daß die damit behafteten Patientinnen in den meisten Fällen Mütter von mehreren Kindern sind, denen sie durch die Operation erhalten blieben. Aber selbst wenn nach kürzerer oder längerer Zeit doch ein Recidiv eintreten sollte, so ist doch durch diese Spanne Zeit viel gewonnen, wenn man bedenkt, daß die anderen Kinder in den meisten Fällen noch in sehr jugendlichem Alter stehen. Würde man aber nach der Ansicht französischer Autoren verfahren und selbst ein ausgetragenes Kind erzielen, so ist es doch sehr fraglich, ob dieses seine mit Carcinom behaftete Mutter lange überlebt, besonders wenn es den ärmeren Schichten der Bevölkerung angehört. Die einzig richtige Bestrebung wird also die sein müssen, durch Fortfahren auf der bisherigen Bahn immer bessere Resultate für Mütter und Kinder zu erzielen.